In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

LA FACULTÉ .Net

SEEK KNOWLEDGE

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

TROUBLES PSYCHOTIQUES AIGUES ET TRANSITOIRES

Pr BENAKILA

INTRODUCTION

Installation brutale, tableaux cliniques riches et polymorphes, urgence psychiatrique, nécessitant soins en milieu hospitalier

Etat psychotique d'installation brutale, avec une symptomatologie délirante riche et polymorphe et une évolution rapidement et spontanément résolutive avec retour à l'état psychique antérieur

DSM V = trouble schizophréniforme,

trouble psychotique bref

EPIDEMIOLOGIE

Incidence annuelle des premiers épisodes psychotiques 16.4/100 000/an chez les 18 à 64 ans

incidence de 82.9/100 000/an pour les hommes et 32.2/100 000/an pour les femmes, chez les 14-25 ans

Diminution du risque avec l'âge, plus rapidement chez les hommes que chez les femmes, chez qui second pic de fréquence à 45-50 ans

CLINIQUE

A. Début :

- Typiquement brutale « coup de tonnerre dans un ciel serein »
- Parfois brève phase prodromique (quelques jours), vague sentiment d'inquiétude inexpliquée ou légère exaltation de l'humeur

B. Phase d'état

1. Délire au premier plan du tableau clinique

- Idées délirantes multiples et polymorphes du jour au lendemain, variant d'un moment à l'autre
- Divers thèmes et mécanismes
- Idées délirantes mal structurées et non systématisées, adhésion totale au délire avec conviction inébranlable de la réalité de l'expérience vécue

2. Angoisse

Fréquente en relation avec les thèmes du délire

3. Dépersonnalisation

- Sensation de dédoublement et de transformation corporelle et psychique
- La perception de soi prend un caractère bizarre et insolite, avec sentiment de perte de familiarité avec son corps.
- La déréalisation associée

4. Participation thymique :

- Intensité variable mais surtout fluctuantes dans le temps
- Oscillations de l'humeur entre les deux pôles extrêmes de l'exaltation euphorique et la tristesse pathologique
- Humeur très labile sous l'influence directe des fluctuations et de l'incohérence des idées délirantes qui se succèdent l'une après l'autre

5. Etat de conscience :

- Globalement conservé sans signes confusionnels
- Légère distractibilité

6. Les troubles du Comportement :

- Troubles comportements en rapport avec le vécu délirant
- De la sidération à l'état d'agitation psychomotrice
- Délire mis en acte avec potentiel de dangerosité auto ou hétéro agressif qu'il convient d'évaluer, et comportements à caractère potentiellement dommageable

C. SIGNES PHYSIQUES ET BIOLOGIQUES :

- Troubles instinctuels et neurovégétatifs non spécifiques
- Insomnie fréquente et quasi constante
- Perte d'appétit avec perte de poids,
- Déshydratation avec légère hyperthermie

Bilan clinique, radiologique et biologique en fonction signes appel somatiques

But du bilan : rechercher éventuelle affection médicale générale ou exposition aux effets d'une substance à l'origine des symptômes psychotique, évaluation de l’état général et recherche éventuelles contre indications aux traitements

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PSYCHOTIQUE BREF (DSM V) :

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants. Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2), ou (3) :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé déraillement fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

B. la perturbation persiste au moins 1 jour, mais moins d‘1 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide

C. Exclusion de Trouble dépressif majeur ou trouble bipolaire avec caractéristiques psychotiques, autre trouble psychotique et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou affection médicale générale

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE SCHIZOPHRÉNIFORME (DSM V) :

A. Deux (ou plus) des symptômes suivants sont présents, chacun pendant une proportion significative de temps durant une période d'un mois. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (déraillement fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

5. Symptômes négatifs (diminution de l'expression émotionnelle ou aboulie)

B. l'épisode dure au moins un mois mais moins de six mois

C. Un trouble schizoaffectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont étés éliminés

D. Exclusion effets physiologiques directs d'une substance ou affection médicale générale

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A. Troubles mentaux organiques

B. Troubles mentaux liés à une substance :

C. Confusion mentale ou délirium :

D. Trouble dépressif caracterisé et trouble bipolaire

E. Trouble délirant persistant (paranoïa)

F. Schizophrénie

ETIOPATHOGENIE

A. Prédisposition : terrain spécifique (personnalité pathologique, prédisposition familiale)

B. L'adolescence: remaniement psychique, terrain idéal pour divers troubles psychiques

C. Neurobiologie : Altération dopaminergique

D. Neuro-imagerie : Perturbations fonctionnelles frontales et temporales

EVOLUTION

A. Guérison

B. Récidive

C. Passage à la chronicité

Pour le DSM V, TPB persistance > 1 mois, poser le diagnostic de trouble schizophréniforme, et > 06 mois celui de schizophrénie

PRISE EN CHARGE

HOSPITALISATION :

- potentiel de dangerosité
- Cadre sécurisant
- Complément d'exploration
- Initiation du traitement, évaluation de la réponse, surveillance effets secondaires

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX :

- Antipsychotique de seconde génération en première intention et en

monothérapie (Amisulpride, Rispéridone, Olanzapine, Aripiprazole)

- Si symptômes thymiques importants, antipsychotique thymorégulateur (Aripiprazole ou Olanzapine)
- Traitement adjuvant anxiolytique en cas de forte anxiété
- Si agitation psychomotrice incontrôlable ou gros troubles du comportement, antipsychotique de première génération (Halopéridol, Loxapine)

SUIVI EN AMBULATOIRE :

- Information du patient et de sa famille
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance de l'évolution et la persistance de symptômes résiduels.
- Si évolution favorable, maintiens du traitement antipsychotique au moins une année après la disparition des symptômes, à doses réduites

ASPECTS MEDICO-LEGAUX

A. Hospitalisation sous contrainte : Demandée au juge par la famille, ou par les autorités publiques

B. Responsabilité civile : Les actes dommageables commis par un patient au décours d'un trouble psychotique aigue engagent sa responsabilité civile individuelle et l'obligent à réparer le dommage causé par sa faute

C. Responsabilité pénale : Une abolition des capacités de discernement sous l'emprise d'un délire ou d'hallucinations entraine en règle générale l'irresponsabilité pénale du sujet